FACULTATEA DE MEDICINA DIN BUCUREŞTI

No. 1930

# TRATAMENTUL CHIRURGICAL
AL
# ACNEEI HIPERTROFICE

TEZA

PENTRU DOCTORAT IN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

*Prezentată şi susţinută la* 6. JUN. 1923

DE

GEORGE GH. BRĂTĂNESCU

BUCUREŞTI
«POPORUL», INSTITUT DE ARTE GRAFICE, LIBRĂRIE ŞI EDITURĂ
39, BULEVARDUL ELISABETA, 39

FACULTATEA DE MEDICINA DIN BUCUREŞTI

No. 1930

# TRATAMENTUL CHIRURGICAL

AL

# ACNEEI HIPERTROFICE

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

## TEZA

PENTRU DOCTORAT IN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

*Prezentată şi susţinută la* 6 JUN. 1923

DE

GEORGE GH. BRĂTĂNESCU

INSTITUTUL MEDICO FARMACEUTIC BUCUREŞTI BIBLIOTECA CENTRALA Invent. Nr. 17429

BUCUREŞTI
«POPORUL», INSTITUT DE ARTE GRAFICE, LIBRĂRIE ŞI EDITURĂ
39, BULEVARDUL ELISABETA, 39

## Decan : D-nul Prof. Dr. Ionescu Thoma

### Profesori Titulari :

| | | |
|---|---|---|
| Clinica II-a chirurgicală | D-l Dr. | *Angelescu C.* |
| Chimia medicală | » | » *Athanasescu N.* |
| Clinica chirurgicală infantilă şi ortopedie | » | » *Bălăcescu I.* |
| Anatomia patologică<br>Bacteriologia şi patologia experimentală | » | » *Babeş V.* |
| Istologia normală şi Istogeneza | » | » *Besnea St.* |
| Medicina experimentală | » | » *Cantacuzino I.* |
| Clinica ginecologică | » | » *Daniel C.* |
| Clinica II-a medicală | » | » *Danielopol D.* |
| Anatomia topografică II | » | » *Gerota D.* |
| Farmacia chimică şi galenică | » | » *Georgescu M.* |
| Clinica şi teoria obstetricală | » | » *Gheorghiu N.* |
| Anatomia topografică I<br>Clinica I chirurgicală | » | » *Ionescu Th.* |
| Clinica III-a medicală | » | » *Ionescu D.* |
| Clinica III-a chirurgicală | » | » *Juvara E.* |
| Clinica boalelor căilor urinare | » | » *Jianu A.* |
| Farmacologia şi materia medicală | » | » *Lalu S.* |
| Clinica boalelor oto-rino-laringologice | » | » *Meţianu N.* |
| Clinica boalelor nervoase | » | » *Marinescu Gh.* |
| Chimia analitică | » | » *Minovici Şt.* |
| Clinica infantilă | » | » *Manicatide M.* |
| Igiena şi poliţia sănitară | » | » *Mezincescu D.* |
| Medicina legală | » | » *Minovici M.* |
| Oftalmologia şi clinica oftalmologică | » | » *Manolescu D.* |
| Clinica I.a medicală | » | » *Nanu-Muscel I.* |
| Clinica dermatologică şi sifiligrafică | » | » *Nicolau St.* |
| Clinica mentală | » | » *Obregia Al.* |
| Fiziologia umană | » | » *Paulescu N.* |
| Patologia generală | » | » *Proca Gh.* |
| Anatomia descriptivă şi embriologia | » | » *Rainer Fr.* |
| Zoologia medicală | » | » *Sihleanu St.* |
| Botanica medicală | » | » *Solacolu T.* |
| Patologia medicală | » | » *Thomescu I. Th.* |
| Clinica terapeutică | » | » *Theohari A.* |
| Analiza alimentelor şi băuturilor | » | » *Vintilescu I.* |

### PROFESOR AGREGAT

Medicină operatoare . . . . . Dl. Dr. *Constantinescu C.*

## JURIUL DE PROMOŢIUNE

*Preşedinte:* D-l Prof. Dr. DANIEL C.

*Membrii:*
- D-l Prof. Dr. Manolescu D.
- „ „ „ Meţianu N.
- „ Conf. „ Jianu I.
- „ Docent Dr. Georgescu Gr.

Facultatea consideră opiniunile expuse in această lucrare ca proprii ale autorului şi nu are a exprima, nici aprobare nici dezaprobare.

*Obiectul acestei teze se referă la tratamentul chirurgical al Acneei hipertrofice, maladie desfigurantă, care uneori este chiar punctul de plecare al leziunilor neoplazice.*

*Contribuind prin această mică lucrare la literatura chirurgiei române, gândul mi se îndreaptă către iluştrii mei profesori, cari fac falâ ştinţei chirurgicale şi medicale a ţărei noastre, cărora le aduc cu această ocazie mulţumirile mele sincere, pentru învăţăturile ce am căpătat de la Domniile lor.*

*In deosebi mulţumesc d-lui Prof. Dr. C-tin Daniel care a primit să prezideze această teză, dându-mi sfaturi preţioase, precum şi D-lor membrii ai juriului examinator.*

*D-lui Conferenţiar Dr. I. Jianu, care mi-a încredinţat un subiect frumos şi interesant, îi voi păstra în totdauna admiraţiune şi recunoştinţa mea.*

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545818_0082

Acneea hipertrofică sau rhinophyma este o maladie caracterizată prin turburări şi leziuni ale glandelor sebacee cu hipertrofia uniformă a părţilor moi ale nasului, obrajilor sau frunţei.

Această hipertrofie de ţesut se traduce, în special la nas, cu o mărire a volumului său, care este de obicei neregulată.

Turgescenţa şi flexuozitatea venelor, pustulele acneice şi coloraţia violacee a tegumentelor, dau nasului o diformitate foarte dezagreabilă; desfigurând cu totul pe bolnav.

Această afecţiune se observă exclusiv la bărbaţi şi la o vârstă înaintată.

**Etiologie şi patogenie**

Acneea hipertrofică ar fi ultima evoluţie a diverselor forme de acnee cu proliferare de ţesut conjunctiv înprejurul glandelor.

Cauzele rhinophymei sunt deci aceleaşi care au dat naştere acneei care a produs-o. După Unna, Sabouraud, etc., această maladie ar fi datorită sau cel puţin însoţită de prezenţa unor microbi particulari, microbi ce au fost găsiţi în leziuni. Leziunile cronice ale foselor nasale, dispepsiile, alcolismul şi frigul o pot provoca. Poate fi şi o predispoziţie congenitală sau hereditară.

* * *

Congestiunea care era superficială în diferitele forme de acnee, cuprinde progresiv toată profunzimea dermului, dând o proliferare a elementelor sale. Această tumefacţie a tugumentelor care poate fi limitată sau difuză — şi care nu dispare — dă naştere la unii indivizi acneici la o stare particulară a tegumentelor, constituind plăci roşii de întindere variabilă, isolate sau confluente. Pielea este groasă şi lucitoare, se văd orificiile glandelor sebacee dilatate, formând adevărate pâlnii largi prin cari es picături de sebum. In acelaş timp este presărată cu orificii, amintind aspectul coajei de portocală.

Pielea poate deveni pachidermică şi prezenta ridicături neregulate, tumori semiglobulare, un fel de tuberozităţi, cari pot fi pediculizate şi luând proporţii enorme.

Suprafaţa acestor tuberculi sau tumori, e după cum am văzut mai sus, de culoare roşie sau violacee, brăzdată de mari vene varicoase, străbătută de orificiile glandelor sebacee. Consistenţa este moale sau chiar dură în unele puncte.

Presând es comedoane, sau materie sebacee semilichidă. Câte odată se pot întâlni şi mici kiste sebacee

Leziunile de acnee hipertrofică se pot vedea pe toată faţa.

*La obraz,* formează plăci ce au un contur neregulat, ocupând centrul obrazului, şi cari se pot totuşi întinde până în regiunea preauriculară, pe buza superioară şi pe partea externă a buzei inferioare.

*La frunte,* se întinde până la marginea ciliară, unde de obicei este mai acuzată şi la înserţia perilor unde este mai dlifuză.

*La nas,* ocupă toată faţa dorsală a nasului, oprindu-se la 1—2 cm. de marginea liberă a nărilor, pe când limita superioară este mai difuză.

Incă un caracter al acneei hipertrofice este de a ocupa numai una din regiunile descrise mai sus — de obicei nasul — pe când la obraji sau frunte rămâne ca o acnee rozacee simplă sau puţin proeminentă.

Când acneea hipertrofică ocupă obrajii, constatăm nodozităţi roşii, putând ajunge la volumul unui bob de mazăre, cari pot fi izolate sau confluente cu aspectul framboesiform. Faţa capătă un aspect de magot; iar leziunea se pretează la confuziunea cu un lupus.

La frunte sunt tot nodozităţi izolate sau confluente, iar tegumentele bridate prin aderenţe cu osul se plisează.

Pielea este presărată cu orificii glandulare dilatate şi brăzdată în sens vertical sau orizontal, de depresiuni profunde, formând insule ridicate, cu o consistenţă dură, dând întrucâtva aspectul unor noduli leproşi confluenţi.

La nas, acneea hipertrofică prezintă caractere mult mai accentuate. Hipertrofia ţesuturilor atinge nasul şi părţile vecine în mod egal, sau numai un lobul al nasului ia o desvoltare mare în raport cu restul organului.

Tegumentele în acneea hipertrofică a nasului sunt colorate în roşu violaceu cu pustule acneice de diferite mărimi. Pielea are de obicei o consistenţă moale.

Hipertrofia poate interesa tot nasul, care este mărit de volum în toate diametrele, nările sunt lărgite, orificiile mari, iar grosimea nărilor poate ajunge până la 1 cm. sau chiar mai mult.

Totuşi, după cum am spus mai sus, această deformare prin mărirea volumului nasului, nu este uniformă, ea respectă de obicei cele două treimi ale nasului şi cele două părţi sunt inegal lezate.

Pe partea inferioară a nasului, de ambele părţi, se văd mameloane neregulate, cari pot fi unele lângă altele, pe când partea mijlocie corespunzătoare lobulului aproape respectată.

Din cauza mărimei şi greutăţei lor, aceste mameloane—fiind în parte pediculizate—cad înaintea nărilor sau chiar înaintea gurei, jenând alimentaţia bolnavului.

Câte odată ele se implantează perpendicular pe suprafaţa nărilor, dând naştere la mari tuberculi, al căror volum poate ajunge la mărimea unei nuci; iar în cazul când se unesc, pot da nasului un diametru de 6—12 cm.

Astfel mărit în volum şi cu aspect lobulat, nasul prezintă depresiuni profunde cu orificii rotunde sau alungite de dimensiuni variabile şi inegale.

Aceste depresiuni corespund orificiilor glandulare dilatate şi cari pot fi sau nu obturate profund de mase de materie grasă, comedoane gigante, şi pe cari le putem vedea apărând sub formă de puncte brune sau negre pe părţile vecine ale nasului.

Prin presiune pe nas, facem să iasă numeroase fi lamente voluminoase, vermiculate de materie grasă, consistentă sau un lichid mai mult sau puţin lactescent, şi câte odată puroi, datorit infecţiunei şi inflamaţiunei supraadaogate unora din glande.

Materia sebacee, care umple glandele mărindu-le în volum, fiind eliminată prin această presiune, reduce volumul tumefacţiei. Această reducere de volum e câte odată considerabilă, iar din cauza constituţiei tumorei

care este înfiltrată de serozităţi, ea se goleşte prin compresiune şi se reduce la o charpantă moale aproape translucidă.

Altă dată ea este constituită din mase dure—rotunde sau lobulate—de consistenţă fibroasă.

Acnea hipertrofică are tendinţă a persista îndefinit şi evoluiază în mărime, foarte repede, aşa că poate să atingă în câteva luni dimensiuni considerabile.

**Anatomie patologică**

Acnea hipertrofică sau rhinophyma este constituită din unirea a două elemente:

1) hipertrofia colosală a glandelor sebacee şi

2) hipertrofia ţesutului conjuctiv interstitial (al dermului).

După *Dubreuilh* glandele sebacee au o structură normală, dar sunt mărite de volum—de 12-13 ori—vizibile cu ochiul liber, sub formă de puncte albe.

Pe o tăetură ele pot cuprinde ţesuturile până la o adâncime de 1—2 cm.

Hipertrofia pare a fi leziunea primitivă. — Ici şi colo se pot vedea şi kiste cu conţinut grăsos, al cărui volum variază de la un cap de ac cu gămălie la un bob de mazăre. Conductele sunt deci, dilatate şi acoperite de un epiderm gros, lobulii lor sunt distinşi prin celule sebacee cari sunt transparente şi reticulate, tapisate de unu sau mai multe strate de celule pavimentoase; foliculii pilari anexaţi sunt atrofiaţi şi perii dispăruţi.

Ţesutul conjunctiv puţin desvoltat la început în acneea hipertrofică, ea totuşi o foarte mare desvoltare în tumorile voluminoase, reprezentând elementul reacţionar al boalei.

Ţesutul elastic e puţin abundent. Dermul este sclerozat sau închide lacune limfatice tapisate de celule endoteliale.

Vasele sanghine pot fi în număr mic sau sub formă de vaste sinusuri, cari transformă dermul într'un fel de ţesut cavernos cu aspect de angiom. In unele puncte şi mai ales înprejurul vaselor, se găsesc grămezi de celule rotunde, cu câteva celule plasmatice. După Dubreuilh şi celule conjuctive fuziforme.

*Berdal şi Jayle*, într'un caz excepţional au găsit mastzelen şi celule având toate caracterele histologice şi histochimice ale celulelor xantelasmice, dispuse în treneuri sau grămezi.

*Leloir şi Vidal*, au arătat o formă glandulară, în cari glandele sunt foarte voluminoase şi tesutul conjunctiv sclerozat, şi adesea puţin vascularizat; şi o formă elefantiazică în care predomină leziunea de scleroză dermică, acompaniată de obicei de dilataţii vasculare sanghine şi limfatice, cari pot fi considerabile, şi în cari excepţional glandele sebacee pot fi aproape intacte în porţiunea lor secretorie. Insfârşit pot fi varietăţi mixte în cari aceste diferite leziuni se asociază în diferite graduri.

Leziunile înflamatorii se văd adesea înprejurul conductelor excretoare, acoperite de epiderm, dar nicio dată înprejurul lobulilor glandulari. Ele sunt constituite de o infiltraţie foarte densă şi bine limitată de celule mononucleare, înconjurând conductul sau formând un placard pe una din feţele lui.

Când înflamaţia este prea puternică, limfocitele fac loc polinuclearelor cari, constituesc adevărate abcese miliare. — Epiderma conductului este infiltrată de leucocite migratoare sau chiar distrusă în unele puncte,

iar puroiul cuprinde cavitatea kistului sau a conductului.

Vasele sanghine sunt numeroase şi ramificate, asemenea şi limfaticele.

Nu putem preciza cum debută procesul morbid, prin vase, glande sau ţesut conjunctiv.

Alături de leziunile pielei, se remarcă în cazurile avansate o ramolire şi hipertofie a cartilagiilor nasului, ceiace explică şi lărgirea excesivă a nărilor, precum şi o stare congestivă a mucoasei, stare care este cauza favorizantă a corizei cronice la aceşti bolnavi.

**Diagnosticul**

Această afecţiune nu se poate confunda de cât cu ea însăşi.

Odată văzută, ea nu se mai poate uita niciodată. Numai în cazurile incipiente, leziunea ar putea fi confundată pe departe cu lupusul tuberculos sau cu lepra.

In lupus, tuberculii sunt caracterizaţi prin coloraţia lor alb galben şi prin regularitatea lor şi nu ajung nici odată la mărimea lobulilor de acnee hipertrofică..

In lepră, sediul tuberculilor excepţional este nasul; sunt acoperiţi de zone de anestezie şi sunt însoţiţi de un tablou clinic cu totul special.

Examenele de laborator, în cazurile incipiente, ne permite a face distincţiunea între aceste trei afecţiuni.

**Complicaţiuni**

Inflamaţia şi ulceraţia leziunei, cancerizarea ei, sunt complicaţiuni destul de dese şi cari ne obligă a face tratamentul cât mai precoce al afecţiunei.

Intr'unul din cazurile cari fac obiectul tezei noastre, avem şi un caz de cancerizare a leziunei.

Având în vedere transformarea malignă a rhinophimei, preocuparea de profilaxie anticanceroasă, ne obligă ca boala să fie tratată de timpuriu, înainte de a avea loc aparițiunea cancerului.

## Tratamentul

Tratamentul este indicat din punctul de vedere estetic, social, funcţional şi al profilaxiei cancerului.

Din punct de vedere estetic, un nas purtător de rhinophyma, este tot ceeace se poate preta în acelaş timp la răutatea, reua creştere şi la ignoranţa publicului.

Purtătorii acneei hipertrofice pe lângă că sunt obiect de ironii şi porecle regretabile, dar uneori nu pot să dobândească sau să se menţie în anumite funcţiuni publice.

Această stare de hipertofie a nasului, are consecinţe şi asupra membrilor familiei din care face parte bolnavul.

Aşa s'a petrecut cu unul din bolnavii D-lui Dr. I. Jianu, ale căruia nepoate n'au putut să se mărite de cât tocmai târziu şi anume după ce unchiul lor a fost operat.

Din punct de vedere funcţional, respiraţiunea este jenată şi uneori însăşi alimentaţia se face cu dificultate din cauză că vârful nasului, ajuns la nişte dimensiuni considerabile, atârnă la nivelul orificiului bucal, făcând dificilă prehenziunea alimentelor solide şi introducerea celor lichide cu lingura.

Dacă la aceste motive de ordin estetic, social şi funcţional se mai adaogă şi posibilitatea, ca pe acneea hipertrofică să apară un epiteliom, vedem câtă importanţă are tratamentul precoce al unei atari afecţiuni.

## Tratamentul medical

Acneea hipertrofică fiind în esenţă o seboree, s'a recomandat tratamentul seboreelor în general, tratament care are drept scop să ordoneze secreţiunea şi excreţiunea aparatului glandular sebaceu, deci permeabilizarea canalelor glandulare, cari după cum ştim sunt obstruate prin comedoane ; după care urmează combaterea infecţiunei microbiene care s'ar desvolta în mod primitiv sau secundar în aparatul glandular.

Ştiind că turburările digestive, genitale, artritismul, alcoolismul, frigul, etc., sunt factorii cari influenţează şi provoacă leziunile de acnee hipertrofică, vom combate toate acestea şi deci în mod indirect se poate regula funcţiunea glandelor sebacee.

In afară de igena şi terapeutica generală, cari trebuesc luate în consideraţiune în toate cazurile, vom face tratamentui local, având în vedere starea mucoasei şi pielei nasului. Inflamaţia mucoasei nasale coexistă deseori cu hipetrofia cutanată, putând să aibă un rol etiologic sau complicativ.

Tratamentul local al pielei hypertrofiate variază după stadiul boalei şi varietatea ei.

Intr'o hipertrofie incipientă se face degrăşarea ca-

nalelor glandulare prin loţiuni şi pansamente alcolizate sau cu ether.

Se poate asocia la acţiunea disolvantă şi antiseptică a alcoolului şi etherului masagiul şi expresiunea mecanică a comedoanelor, mai ales când predomină rhinophyma tip glandular.

In scop de a se favoriza expulzarea conţinutului glandular se întrebuinţează acidul salicylic, resorcina, etc.

Loţiunile sulfurate sunt reputate ca moderatoare a secreţiunei sebacee.

Chiar în formele mai pronunţate cu uşoare deformări ale nasului dau oareşcari rezultate, obţinându-se reducerea tumefacţiei, şi expulsia conţinutului glandelor sebaccee.

In cazurile când acneea hipertrofică a nasului pare a fi transformată în ţesut fibros s'au putut observa ameliorări cu loţiunile sulfurate.

Cum după unii autori—Sabouraud, Unna—acnea hipertrofică ar fi datorită sau însoţită de unii microbi, vom recurge şi la substanţe antiseptice, dotate cu mare putere de penetraţie în grosimea pielei.

Un alt tratament este *zăpada carbonică*, care aplicată produce o scădere locală de temperatură, de — 80° regiunea tratată se albeşte şi ia în câteva secunde o consistenţă dură ca de porţelan. După câteva minute dela încetarea aplicărei zăpezei carbonice, se produce o vie roşaţă cu o congestie locală, apoi formarea unei flictene şi mai târziu, eliminarea zonei necrozate prin frig. Acest tratament dă cicatrice prea vizibile şi neestetice.

* * *

*Radioterapia* asemenea nu a dat rezultate satisfăcătoare.

*Electroliza.* Tratamentul prin electroliză se face astfel: Se introduce un ac de platină în tegumentele bolnave până ce vine în contact cu vasele şi dacă este posibil, se introduce acul chiar în interiorul vaselor, mergând paralel cu pielea, aşa fel ca să poată lucra în toată întinderea. Acest ac se pune în legătură cu polul negativ al unei pile cu curent continuu, iar bolnavul ţine în mână un cilindru representând polul positiv. Se lasă să treacă curentul până ce ţesuturile se dezorganizează, fără însă să se producă o escară voluminosă.

Tot prin electroliză se poate obţine la început, frumoase rezultate, lucrând asupra fiecărui folicul sebaceu dilatat. Un ac de platină care formează polul negativ al unui curent de 4—6 miliamperi se introduce în folicul şi se întoarce apoi acul în toate părţile pentru a lucra asupra întregei suprafeţe a foliculului.

Se obţine astfel diminuarea de volum a părţilor bolnave, care se strâng şi se albesc.

## Tratamentul chirurgical

La mijloacele terapeutice expuse până acum se adaugă tratamentul chirurgical, a cărui gamă este următoarea: scarificaţia, cauterizarea fizică şi exereza

Scarificaţiunea, termo şi galvanocauterizarea au de scop pe deoparte suprimarea directă a unora din glandele sebacee, iar pe de altă parte atrofia altora prin reducerea irigaţiunei sanghine şi lymphatice care este excesivă în majoritatea cazurilor şi prin favorizarea ţesutului retractil cicatricial.

### Scarificaţiile

Pentru a avea un rezultat satisfăcător, este bine să recurgem întâi la electroliza foliculilor, la cauterizare ignată şi apoi pentru a termina şi egaliza tegumentele la scarificaţii.

Sunt diferite instrumente cari au fost întrebuinţate pentru scarificaţie. Scarificatorul lui Hebra, Balmanno Squire şi al lui Vidal.

In acneea hipertrofică sacrificaţiile se fac liniare. strânse unele lângă altele, apoi altele transversale pentru a distruge cu totul vasele capilare dilatate.

Se fac profund ajungând la limita răului, şi odată pe săptămână, timp de 3—4 luni.

Au un inconvenient însă că lasă cicatrice displăcute

**Cauterizările**

Dacă leziunile sunt difuze şi puţin întense, putem recurge la cauterizările profunde şi repetate cu termocauterul sau galvanocauterul, cari au ca efect să distrugă glandele sebacee hipertrofiate şi să provoace retracţia ţesuturilor sclerozate şi mai ales a ţesuturilor infiltrate şi hiperemiate.

* * *

In urma acestor intervenţii chirurgicale limitate la părţile hipertrofiate, s'a recurs la loţiunile sulfurate pentru a combate alteraţiunile glandelor în părţile lăsate pe loc, şi a împiedica transformarea hipertrofică ulterioară.

**Exereza**

Precedată sau nu de un tratament local, la care — după cum am mai spus — trebue să avem grije să adăogăm prescripţiile de igenă generală şi igena căilor digestive, intervenţia chirurgicală e necesară pentru a obţine vindecarea celor mai multe cazuri de acnee hipertrofică.

In stările progresive şi rebele la tratamentele citate mai sus—este indicat tratamentul larg chirurgical şi anume extirpaţiunea ţesuturilor hipertrofiate.

Această operaţiune este cunoscută sub numele de *decorticarea nasului.*

Decorticarea se poate realiza cu termocauterul, sau pe cale sângerândă.

Extirpaţiunea cu termocauterul a fost preconizată de *Ollier* şi preferată de *Championniere, Ricard, Berger, Routier şi alţii.*

Iată cum facem această operaţie.

Bolnavul este anesteziat. Cuțitul termocauterului trebue să fie înroșit la roșu închis, spre a realiza hemostaza atât de necesară nu numai prin ea însăși, dar și pentru controlul câmpului de exereză. Ardem printr'o inciziune puțin profundă toată porțiunea hipertrofiată pe care voim să o ridicăm, lucrând în toată grosimea dermului. Metoda exerezei prin căldură oferă un mare avantaj, căci iridațiunea temperaturei are o acțiune atrofiantă nu numai asupra glandelor bolnave care ar fi scăpat neridicate din regiunea operată, dar mai mult încă, s'a observat că are și o acțiune regresivă, care se produce la distanță, adică asupra leziunilor de acnee cari coexistă pe frunte și pe față.

Decorticarea cu termocauterul este urmată uneori de o reacțiune violentă a feței, care este însă trecătoare.

Ca urmare postoperatorie imediată—după ce partea hipertrofiată a fost ridicată — suprafața decorticată rămâne neagră — carbonizată — dând bolnavului un aspect dezagreabil.

Repararea se face însă repede ; după mai multe zile escara cade lăsând o suprafață vie care în câteva săptămâni se cicatrizează.

In opoziție cu practica lui *Ollier*, este aceea a lui *Hartmann, Poirier, Pantaloni*, cari realizează decorticarea pe cale sângerândă cu bisturiul sau foarfecă, făcând hemostaza prin compresiune directă sau cu ajutorul ligaturilor. Suprafața decorticată rămâne descoperită, urmând să se vindece «per-secundam»— vindecare care se obține în 6 săptămâni.

In loc ca suprafața decorticată să fie lăsată a se vindeca de la sine, printr'un proces tardiv de înmu-

gurire nivelantă şi epidermizare concentrică, se poate scurta durata vindecărei, recurgând la autogrefe şi autoplastie.

Grefele utilizate pot fi: total cutanată şi epidermice. Grefa total cutanată cuprinzând toată grosimea pielei, nu poate fi aplicată decât secundar, în cazul unei decorticări prin căldură. Pe când în cazul că decorticarea s'a făcut pe cale sângerândă ea poate fi făcută chiar în şedinţa exerezei.

Din cauză că grefele total cutanate, pot fi infidele chiar în mânile celor familiarizaţi cu acest gen operator, este mai bine şi mai sigur să întrebuinţăm grefele după metoda lui *Reverdin*. Sămânţa epidermică va fi aplicată întotdeauna după ce zona decorticată va fi nivelată complect prin inmugurire.

*Autoplastia*, de şi este considerată de *Nélaton*, *Ombredanne* şi alţii de execuţie laborioasă şi inferioară totuşi ea a dat rezultate foarte frumoase, după cum vom vedea din cazurile pe cari le vom arăta în această lucrare.

Cel dintâi care a întrebuinţat-o a fost *Pozzi* în 1897 într'un caz de acnee hipertrofică a lobulului nasului — după ce a făcut decorticarea nasului, iar la noi în ţară D-l Prof. C. Severeanu.

* * *

D-l Dr. I. Jianu are în practica sa patru cazuri de rhinophyma, operate prin decorticare cu bisturiul urmată de rhinoplastie, după metoda combinată, franco-indiană; — adică alunecarea tegumentelor şi răsucirea lambourilor.

Rezultatele estetice ce D-sa a obţinut sunt datorite în special faptului de a fi urmat pe Morestin, cât priveşte larga decolare a tegumentelor.

## Procedeul operator.

După anestezie locală cu cocaină 2% şi asepsie preoperatorie cu t ra de iod, technica operatorie a fost executată în modul următor:

*Timpul I.*

Se extirpă pielea hipetrofiată printr'o inciziune în rachetă. Coada rachetei în lungime ca de 1 cm. este situată pe linia mediană a nasului. Părţile laterale ale rachetei descriu două linii curbe cu concavitatea anterioară; trecând la nivelul marginilor inferioare ale oaselor nasale. Partea declivă a inciziunei urmează marginea orificiilor nasale. (fig. 1, fig. 2.)

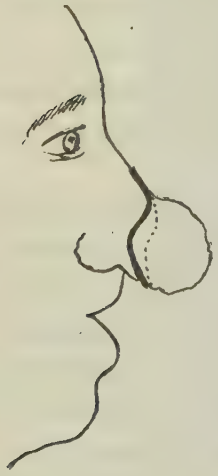


Fig. 1

Pielea bolnavă este în totalitate ridicată atât în suprafaţă cât şi în profunzime. Hemostaza este făcută prin legătura vaselor şi compresiunea directă.

*Timpul al II-lea* este rezervat rhinoplastiei (fig. 2, fig. 3.)

Suprafaţa sângerândă A este acoperită cu lambourile L, L' cari se obţin prin inciziunile I, I', scoborâte de pe coada rachetei (fig. 2).

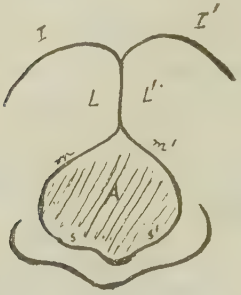



Fig. 2

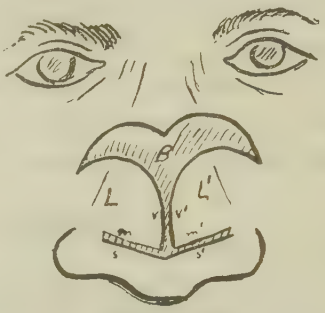



Fig. 3

Aceste inciziuni cu concavitatea în jos depăşesc laturile nasului. Lambourile obţinute sunt alunecate peste pierderea de substanţă şi uşor răsucite (fig. 3); marginele lor inferioare (m. m') fiind suturate la marginea inferioară a pierderei de substanţă (s, s') iar marginele ce privesc linia mediană (v, v') suturate între ele.

In locul lambourilor reparatoare scoborâte rămâne o mică lipsă de piele (B), care este acoperită prin mobilizarea tegumentelor de la rădăcina nasului.

In cazurle citate toate înciziile au fost făcute tăind pielea piezişş după procedeul d-lui Dr. I. Jianu iar sutura a fost făcută intradermic.

In unul din cazuri (observaţia 3-a) orificiile nasale fiind prea lărgite, înaintea rhinoplastiei s'a procedat la extirpaţiunea excesului de cartilagiu. Scopul a fost atins scoţând de pe părţile laterale ale cartilagelor nasale câte un triunghiu cu baza în jos, şi apoi suturând marginele cartilaginoase între ele. In toate cazurile urmările postoperatorii au fost normale. Vindecarea s'a efectuat, per primam, cu rezultate bune după cum se poate vedea şi aprecia din fotografiile care ilustrează observaţiunile.

# OBSERVAŢIUNILE

In toate cele patru cazuri ce fac obiectul acestei lucrări este vorba de ţărani, ajunşi în etate de 50 — 70 ani, în antecedentele cărora, în legătură cu boala, s'a găsit ethilysmul. Leziunea lor data de mulţi ani şi în toate cazurile, ea pare să fi reprezentat ultimul stadiu al unei acnee pustuloase. Bolnavii au recurs la ajutorul medical târziu, după ce diformitatea nasului i-a exasperat din punct de vedere al neplăcerilor sociale şi după ce a ajuns să-i înpiedice chiar în actul alimentărei.

Unul din cazuri este în special interesant, pentru că pe lobulii de rhinophymă s'a desvoltat un cancroid.

**Observaţiunea 1-a**

Bolnavul S. N. în etate de 70 ani — ţăran — intra în Serv. chirurgical al Spit. Colţea.

In antecedente, în legătură cu boala, ethylismul.

Primul caz.—Inainte de operaţie (în faţă).

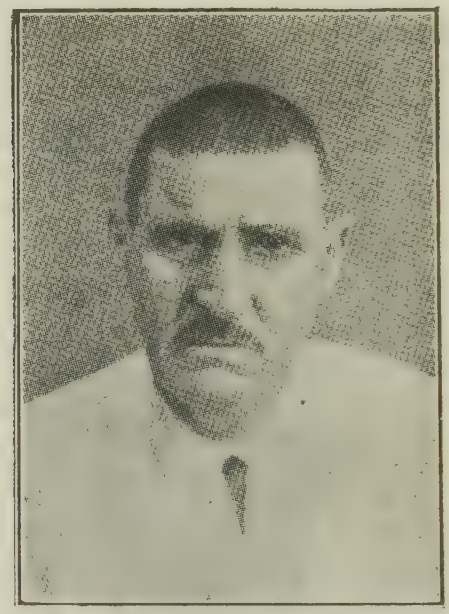
Maladia a debutat pe la 45 ani, cu leziuni de acnee rozacee, peste cari s'au grefat succesiv pustule, pentru ca încetul cu încetul să se instaleze lobulatiu nea disgratioasă a nasului.

*Stare locală* Pielea nasului hipertrofiată in mod neregulat, cu suprafaţa mamelonată, de culoare roşie violacee, brăzdată de capilare turgescente. Mameloanele în majoritate sesile şi confluente ; câte-va pediculate, de consistenţă variabilă, unele moi, altele tari scleroase.

Suprafaţa cutanată cu puncte negricioase, situate fiecare la nivelul unor mici depresiuni, cari prin expresiune dau ieşire unei cantităţi însemnate de comedoane.

Baza organului diformată, şi hipertrofiată.

Din punct de vedere funcţional deformatiunea nasului care descindea până în dreptul orificiului bucal îi înpiedică introducerea alimentelor în gură.



Primul caz.— După operaţie (în faţă).

*Operaţia*: anestezic locală cu cocaină $2^0/_0$ injectată în toate cazurile — la nivelul buchetului nervului maxilar inferior, nervului nasolobar, nasal intern şi nervului mentonier.

Technica operatorie a fost cea descrisă mai sus. adică s'a făcut rhinoplastie.

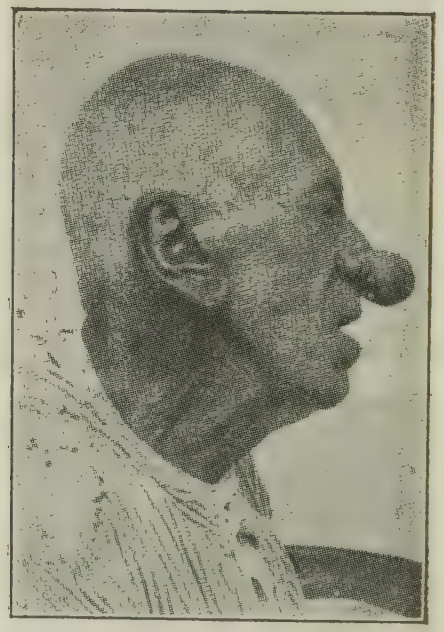
Primul caz. — Inainte de operaţie (profil).

Primul caz. — După operaţie (profil).

**Observaţiunea 2-a**

Bolnavul S. C. în etate de 66 ani — plugar — intră în serv. chirurgical al Spitalului Colţea.

Antecedente hereditare şi colaterale fără importanţă. Antecedente personale-ethylismul.



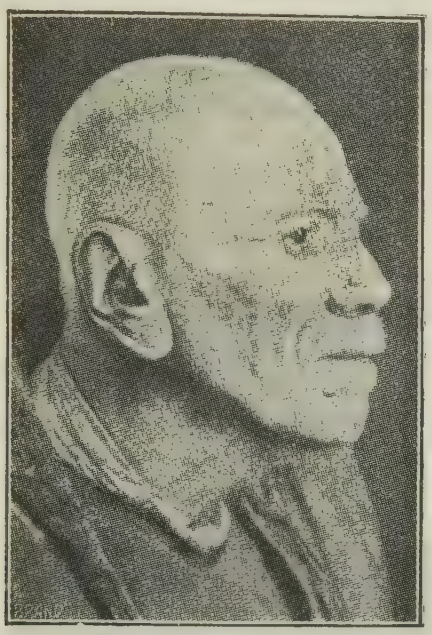
Al II-lea caz.— Inainte de operaţie.

Boala datează de 10 ani, debutând cu leziuni de acnee ale nasului, apoi o mică tumoră care treptat a ajuns la un volum considerabil, fapt ce l'a făcut să vie în spital.

*Stare locală.* Bolnavul prezintă o tumoră a vârfului nasului de mărimea unei mandarine, nedureroasă la palpaţie, depresibilă.

Tegumentele cari acoper tumora sunt de un roşu cianotic, brăzdate de mari vene varicoase.

Suprafaţa cutanată a tumorei lasă să se vadă puncte de culoare negricioasă ; iar dacă producem o presiune pe nas facem să apară numeroase comedoane.



Al II-lea caz. — După operaţie.

Din punct de vedere social, acest bolnav avea neplăceri din partea copiilor şi oamenilor puţin serioşi, iar propriile lui nepoate nu s'au putut mărita de cât târziu după ce unchiul lor a fost operat.

*Operaţiunea. Acelaş procedeu ca şi la observaţia 1-a*

**Observaţiunea 3-a**

Bolnavul Popov. D-tru de profesie macelar în etate de 60 ani.

Antecedente, iremediabil alcoolic şi carnivor, poartă o acnee hipertrofică de 25 ani şi ceea ce l'a determinat să vie în spital, a fost starea de coriză cronică pe care o avea pacientul, datorită lărgirei excesive a orificiilor nasale si congestiei mucoasei schneideriene.

*Stare locală.* Hipertrofia pielei nasului, cu tuberculi mari, de culoare roşie violacee, de consistenţă viariabilă.

Mărit în volum, nasul prezintă depresiuni profunde cari corespund orificiilor glandulare dilatate, şi cari sunt obturate de comedoane ce apar imediat sub presiune. Orificiile nasale foarte mult lărgite.

*Operaţiunea* a fost făcută de D. Dr. I. Jianu la Spitalul Central din Cernăuţi, în serviciul de chirurgie pe care l'a condus după război.

La acest bolnav ; înainte de rhinoplastie, s'a extirpat excesul de cartilagiu, cu scopul de a micşora orificiile nasale, cari erau foarte lărgite.

**Observaţiunea 4-a**

Bolnavul G. N. în etate de 50 ani, plugar, intră în serviciul de chirurgie al Spitalului Colţea.

Antecedente fără importanţă.

Inainte de operaţie.

Cu zece ani înainte i a apărut leziuni de acnee hipertrofică la nas.

In ultimii ani fără o cauză ocazională, pe partea dreaptă a nasului, i-a apărut o ulceraţie care în mod progresiv i-a distrus părţile respective şi care ulceraţie la intrarea în spital avea următoarele caractere:

Marginea răsfrântă în afară, friabilă şi foarte uşor sângerândă, acoperită pe alocuri de cruste murdare, baza infiltrată ; examenul microscopic a dovedit leziuni caracteristice de epiteliom.

După operaţie

*Operaţia.* Anestezie locală cu cocaină, urmată de rhinoplastie.

De notat că rhinoplastia prin alunecare, în acest caz, a fost precedată de termocauterizarea întregei suprafeţe sângerânde, rămasă după extirparea ţesutului bolnav.

Această technică întrebuinţată de D-l Dr. I. Jianu, a fost făcută în vederea evitării însemânţărei de celule canceroase pe suprafaţa sângerândă.

Această practică a termocauterizărei prealabile D-sa o întrebuinţează într'un mod sistematic, în vederea înlăturarei recidivei neoplasice, ori de câte ori regiunea se pretează.

# CONCLUZIUNI

*1. Acneea hipertrofică sau rhinophyma este o afecţiune care beneficiază de tratamentul chirurgical mai mult de cât de orice alt tratament.*

*2. Foloasele tratamentului chirurgical sunt de ordin estetic, funcţional, social; el constitue în acelaş timp un mijloc de profilaxie anticanceroasă.*

*3. Tratamentul consistă în extirparea largă a leziunei—inclusiv excesul de cartilagiu, dacă este nevoe —extirpare ce trebue să fie urmată de rhinoplastie.*

---

*Văzută şi bună de imprimat*

Preşedintele Tezei:
**Prof. Dr. C. Daniel**

Decanul Facultăţei:
**Prof. Dr. Thoma Ionescu**

# BIBLIOGRAFIE

*Dr. Berdal et Jayle*: L'acné hypertrophique. Presse medical 22 Juin 1895 pag. 237.
*Berlioz Fd.*: Maladies de la peau. Paris 1900.
*Bernay A. de Lyon*: Monde medical. N. 596/922 La neige carbonique.
*Besnier, L. Brocq L. Jacquet:* Traité de Dermatologie appliqué.
*Brocq:* Traité élémentaire de Dermatologie pratique.
*Dubreuihl:* Annales de Dermatologie 1903, pag. 788.
*Dubreuilh:* Précis de Dermatologie, Paris 1917.
*Dohi*: Ein Beitrag zur Kenntniss des Rhinophyma arch. für Dermatolog. 1896. T. XXXVII.
*Gaucher E.*: Traité de maladies de la peau Paris 1905.
*Gaugerot H.:* La Dermatologie. Paris 1919.
*Hardy Alf.:* Traité pratique et descriptifs des maladies de la peau. Paris 1886.
*Jianu I.:* Decorticarea nasului urmată de autoplastie în acneea hypertrofică. Rev. Chirg. rom. N. 3. 1918
*Jeanselme et Sezary:* Précis de Dermatologie, 1920.
*Leloir et Vidal:* Recherches anatomique sur l'acné. Société de biologie 1892.
*Idem.:* Traité descriptif des maladies de la peau. Paris 1889.
*Kaposi Moriz:* Patologie und Therapie der Hautkrankheiten.
*Nélaton et Ombrédanne L.:* La Rhinoplastie. P. 1904.
*Petrini Galatz:* Lecțiuni clinice asupra boalelor de piele 1892.
*Unna P. G.*: Deutsche medizinal Zeitung. N. 25. 1904.
*Weiel:* Handbuch der Hautkrankheiten.
*Ziemssen.:* Hanbbuch der Hautkrankheiten. Vién 1893.